

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques-Maurice BALLERIN

Né le 2 novembre 1914 à Lyon (Rhône)

Contribution à l'Etude

de

**L'Effondrement de la Cloison Nasale
chez les Priseurs de Cocaïne**

et son traitement par Greffe Sous-Périchondrale

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1939

1042

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques-Maurice BALLERIN

Né le 2 novembre 1914 à Lyon (Rhône)

Contribution à l'Etude

de

**L'Effondrement de la Cloison Nasale
chez les Priseurs de Cocaïne**

et son traitement par Greffe Sous-Périchondrale

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1939

LE DOYEN : TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de Neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin), Hydrologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU.. Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX.... Pathologie chirurgicale
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL..... Physiologie.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgie.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE .. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHABROL Clinique médicale.
FONZELLOT Clinique médicale.
DU VOIR Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
PASTEUR-VALLÉRY-RABOT Clinique médicale.

MM.
SEZARY Clinique médicale.
BASSET Clinique chirurgicale.
BROCC Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
GATELLIER Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
QUENU Clinique chirurgicale.
VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE..... Clinique obstétricale.
METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
RUPPE..... Stomatologie.
WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

le Docteur Marcel BALLERIN

CHEF DU SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
DE L'HÔPITAL H. DE ROTHSCHILD

*Qui fût notre premier maître, dont
les conseils nous ont guidé tout au long
de nos études et qui nous a inspiré le
sujet de cette thèse.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL VAUGIRARD

En hommage de respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS BALDENWECK
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DE L'HÔPITAL BEAUJON

*Bien faible hommage de respectueux
attachement et de profonde recon-
naissance pour la grande bienveillance
qu'il nous a toujours témoignée au
cours des trois années passées dans
son service.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGES

M. le Professeur ACHARD,
M. le Professeur Pierre DUVAL,
M. le Professeur CUNÉO,
M. le Professeur RATHERY.

EXTERNAT

1935-36 M. le Docteur MADIER,
1936-37 M. le Professeur Agrégé Guy LAROCHE,
1937-38 M. le Docteur GLEISZ,
M. le Docteur GARCIN,
1938-39 M. le Docteur JANET,
M. le Docteur BALDENWECK,
1939 M. le Docteur BALDENWECK.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN
A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATELLIER
A MONSIEUR LE DOCTEUR GRANET
A MONSIEUR LE DOCTEUR MAGNEIN
A MONSIEUR LE DOCTEUR BRICAGE

INTRODUCTION

La cocaïnomanie a souvent été étudiée et a fait le sujet de nombreux travaux, surtout de la part des psychiatres et des médecins légistes. Au cours de leurs observations, ils n'ont pas été sans remarquer des lésions locales des fosses nasales. En effet, le mode le plus habituel de l'absorption de la drogue est la « prise ». Des cas d'ulcérations et de perforations de la cloison ont fait l'objet de nombreuses publications.

Nous nous sommes efforcés, dans ce travail, de procéder à une révision de la littérature consacrée à ces perforations, de grouper l'opinion des auteurs sur leur mécanisme et à la lumière de deux observations d'effondrement de l'arête nasale consécutif à une perforation de la cloison, de démontrer quel résultat esthétique satisfaisant une greffe bien menée peut permettre d'obtenir.

HISTORIQUE

Le premier cas de cocaïnomanie par voie nasale signalé dans la littérature le fut en 1904, par Albert Stein qui décrit un cas de perforation de la cloison avec effondrement nasal (« nez en selle »).

Lubet-Barbons en 1908, a observé un cas similaire et la même année Kasparianz, de Moscou, signale deux autres cas analogues.

A cette époque, la cocaïnomanie paraît avoir été plus répandue en Russie que dans le reste de l'Europe, étant donné que Propokoff avait pu réunir en 1904-1905 une très riche statistique. En 1906, Hautant publia un travail sur le cocaïnisme clinique à Paris, par aspiration nasale. Un de ses malades prisait jusqu'à 10 gr. par jour ! Il en était résulté une ulcération sans perforation qui aurait guéri spontanément à la suite de la suppression de la cocaïne.

Alors qu'entre les années 1902 et 1910, la cocaïnomanie était devenue, dans l'Amérique du Nord et dans l'Inde, une habitude répandue au point de constituer un danger public, l'usage de la cocaïne était encore limité en Europe Centrale à quelques grandes

viles, et à certains milieux décadents de Paris, Berlin, Londres et Munich.

Cependant, c'est Lipskerov et Natanson qui ont observé le plus grand nombre de cas et les ont publiés en 1921 et 1924.

D'après Natanson, sur 98 priseurs, 4 seulement ne portaient aucune lésion distincte du nez.

Dans 89 cas, cet auteur a observé une perforation de la cloison.

PATHOGÉNIE

Bonvicini explique le mécanisme de la perforation, non seulement par l'action trophique sur les vaisseaux, mais encore par l'action toxique du poison sur le protoplasma cellulaire, l'irritation mécanique des cristaux, le grattage, l'action des bactéries ainsi que par le fait que la perforation se produit juste à l'endroit où viennent se terminer les fines ramifications des artères ethmoïdales et de la sphéno-palatine interne.

Maier confirme cette opinion sur 25 cas observés par lui.

Kokchi publie en 1932 dans les *Annales de l'Académie de Médecine* de Kioto ses recherches personnelles ; à la suite d'expérimentation chez des lapins auxquels il injectait dans le nez des solutions de cocaïne à 20 et 50% ou bouillie, il constatait toujours des perforations localisées à 1 cm. derrière le méat nasal antérieur, perforation de forme arrondie ou ovalaire de 3 à 5 mm. de diamètre.

Il semble donc bien que c'est uniquement la cocaïne qu'il faut incriminer dans la perforation de la cloison, ce qui s'explique par son action vaso-constrictive.

Son usage constant entraîne une anémie spastique de la partie cartilagineuse et a comme conséquences une insuffisance de nutrition, une atrophie progressive et la destruction moléculaire des tissus entraînant leur résorption.

A l'examen microscopique de fragments prélevés sur le bord de la perforation, on est frappé par l'aspect des vaisseaux sanguins vides et ne se distinguant qu'à peine.

On peut éliminer l'origine syphilitique des perforations, bien que la moitié des priseurs ait des antécédents spécifiques, car les perforations se trouvent toujours exclusivement sur le cartilage sans aucune lésion syphilitique du nez ou du pharynx.

Cette opinion s'affirme d'autre part sur le fait que Natanson signale que sur 207 malades de l'Hôpital pour les malades vénériens (dont 200 syphilitiques), seuls les priseurs de cocaïne étaient porteurs de perforations.

CARACTÈRES DES LÉSIONS

Chez les priseurs de cocaïne, dont la dose varie d'1 gr. 50 à 10 gr. par jour, il se développe régulièrement sur la cloison une ulcération qui aboutit tôt ou tard à la perforation sans que le sujet s'en aperçoive. Cette ulcération se situe sans exception sur la partie cartilagineuse de la cloison.

La forme de la perforation est d'abord ronde, mais devient ovale en s'élargissant. Les bords en sont lisses et épithélisés. Dans les petites perforations, ils sont amincis ; dans les grandes, se prolongeant jusqu'à la cloison osseuse, les bords sont épaissis et présentent souvent une bande blanchâtre d'épidermisation. On voit souvent des croûtes *non fétides*.

C'est dans ces cas de perforation étendue que l'on peut constater un affaissement du nez cartilagineux.

En résumé, nous voyons que les trois stades successifs des lésions sont : l'ulcération, la perforation, et à une période plus avancée, l'effondrement de la cloison.

A quelque stade que l'on voie le malade, le traitement consistera naturellement en tout premier lieu en suppression immédiate de la cocaïne, quitte à

soumettre le patient à une cure progressive de désintoxication par doses décroissantes de stupéfiants par voie hypodermique ou buccale.

Mais, même après cessation de la cocaïne, on ne voit jamais une régénération spontanée des tissus atteints, sauf dans certains cas signalés d'ulcération peu étendue, et nous avons été amenés à envisager un traitement chirurgical de l'effondrement de la cloison par greffe cartilagineuse, dont nous nous proposons de décrire ici la technique.

TRAITEMENT

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

I. Soins pré-opératoires :

Il importe de désinfecter le mieux possible les fosses nasales avant l'opération. A cet effet, pendant les 8 jours qui précèdent l'intervention, on procédera à des bains de nez au sérum salé en solution isotonique, 2 fois par jour, à l'aide d'une pipette de Depierris ; les bains de nez seront suivis de l'aspiration par chaque narine de vaseline antiseptique.

II. Instrumentation :

Nous disposons de deux plateaux stérilisés.

L'un contient les instruments destinés à l'intervention sur le nez ;

L'autre comprend l'instrumentation nécessaire à la prise du greffon.

1° L'instrumentation pour le nez comporte :

- 1 jeu de spéculums de Palmer,
- 1 spéculum de Vacher,
- 1 paire d'écarteurs coudés flexibles,

1 bistouri à tranchant droit,
1 rugine courbe,
1 rugine droite,
2 rugines en baïonnette de Killian,
2 pinces à disséquer : une à griffes, une sans griffes.

1 pince de Lubet-Barbons.

2° L'instrumentation pour la prise du greffon est composée de :

4 pinces à champs,
1 bistouri droit,
2 écarteurs de Farabeuf,
2 pinces à disséquer avec et sans griffes,
6 pinces de Kocher,
6 pinces de Péan,
1 sonde cannelée,
1 rugine droite, large,
1 écarteur automatique de Gosset,
1 aiguille de Reverdin, de courbure moyenne.

III. *Désinfection des champs opératoires*

Après un lavage de mains soigné, l'opérateur et son aide procèdent à la désinfection des champs opératoires.

L'opérateur badigeonne à la teinture d'iode doublée la région thoracique inférieure. Il dispose ensuite 4 champs stériles pour bien limiter la zone opératoire.

L'aide, pendant ce temps, nettoie à l'alcool le visage du patient, qu'il recouvre ensuite d'un champ troué ne laissant à découvert que le nez.

IV. *Anesthésie*

Nous disposons de deux plateaux stériles :

a) un plateau pour le premier temps de l'anesthésie du septum, comportant :

1 spéculum de Vacher,

1 pince nasale coudée,

du coton hydrophile stérilisé,

une capsule en porcelaine stérilisée contenant une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20.

b) un plateau pour l'anesthésie du thorax comportant :

1 seringue en verre de 10 cc. ou mieux une seringue de Pauchet munie d'une longue aiguille à biseau long ;

1 capsule en porcelaine, stérilisée, contenant une solution de novocaïne à 1/200 adrénalinée.

MODE OPÉRATOIRE

Le premier temps de l'anesthésie du septum est confié à l'aide qui introduit dans chaque fosse nasale à l'aide de la pince coudée une mèche de coton hydrophile imprégnée de la solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20 en prenant soin de bien les appliquer

au contact de la muqueuse du septum, mais également au contact des cornets de façon à les insensibiliser, mais aussi pour les faire se rétracter et donner ainsi plus de jour. Pendant ce temps, l'opérateur anesthésie la paroi thoracique. A l'aide de la seingue de Pauchet, remplie d'une solution de novocaïne adrénalinée, il pratique une première injection superficielle à 3 ou 4 cm. de l'appendice xyphoïde. La partie moyenne de cette injection répond au 7^e cartilage costal droit ou gauche.

L'opérateur pratique ensuite une série d'injections en pleine masse musculaire, dans toute cette zone. Au niveau du 7^e cartilage, il enfonce l'aiguille jusqu'au contact du cartilage. (Comme l'aiguille comporte un long biseau, on ne risque pas de décoller le péri-chondre, ce qu'il faut avant tout éviter).

L'anesthésie terminée, il faut attendre 15 à 20 minutes avant de pratiquer l'incision.

V. *Prise du greffon*

Nous le prélèverons aux dépens du 7^e *cartilage costal*.
Ce cartilage :

— est de grandes dimensions : le plus long des cartilages costaux ;

— de repérage facile : le plus inférieur des cartilages s'insérant directement sur le sternum.

Nous pratiquons une incision verticale du plan

cutané, de 6 cm. de long, à 3 ou 4 cm. en dehors de l'appendice xyphoïde, incision dont le milieu correspondra au 7^e cartilage costal droit ou gauche.

Après dissociation du tissu cellulaire sous-cutané, nous tombons sur le feuillet antérieur de la gaine du grand droit.

Après avoir récliné les deux lèvres de la plaie cutanée, au moyen de deux écarteurs de Farabeuf, confiés à l'aide, nous incisons l'aponévrose antérieure du grand droit, suivant la même ligne verticale que pour le plan cutané. Nous dissocions alors à la sonde cannelée les fibres du grand droit, toujours verticalement, et nous ouvrons sur le plan de l'aponévrose profonde du grand droit. L'aide ayant alors chargé sur les écarteurs de Farabeuf les deux masses musculaires dissociées, nous incisons toujours selon la même direction verticale le plan de l'aponévrose musculaire profonde et nous découvrons le 7^e cartilage costal recouvert de son périchondre, ainsi que les muscles intercostaux internes, sus et sous-jacents, recouverts de leur aponévrose superficielle.

Nous ruginons alors *très légèrement* la surface du 7^e cartilage en suivant sa direction, c'est-à-dire obliquement en haut et en dedans, puis en bas et en dehors, pour dégager du mieux possible sa face antérieure. Les lèvres de l'aponévrose profonde sont ensuite chargées sur les écarteurs de Farabeuf.

« Il importe de ruginer très légèrement la surface antérieure du cartilage, car il faut scrupuleusement respecter son périchondre ».

L'opérateur procède alors au prélèvement du greffon cartilagineux. Le bistouri étant d'abord tenu verticalement, on incise superficiellement la face antérieure du cartilage selon 2 courbes se rejoignant à leurs deux extrémités dessinant ainsi une sorte de navette que l'on a intérêt à tracer de la plus grande dimension possible, car il sera nécessaire au moment de sa mise en place de retailler le greffon aux dimensions convenables.

Le tracé étant fait, on incline le bistouri à 45° vers le haut et on l'enfonce de quelques millimètres en suivant le tracé supérieur de la navette. On procède de la même façon en l'inclinant à 45° vers le bas pour suivre le tracé inférieur. On soulève alors avec une pince à griffes l'une des extrémités de la navette, et à l'aide du bistouri tenu parallèlement au plan du grill costal, on libère le greffon qui se présente alors sous la forme d'une lame cartilagineuse allongée en forme de navette de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, et dont les bords sont taillés en biseau aux dépens de la face profonde, qui, prise en plein cartilage, n'est pas recouverte de périchondre.

Il faut bien éviter de traverser le cartilage costal, au cours de la prise du greffon, car le feuillet de ré-

flexion costale de la plèvre descend juste derrière lui et pourrait être lésé au cours de l'intervention.

On met alors soigneusement le greffon de côté sur un plateau stérile, après avoir passé à travers une de ses extrémités, au moyen d'une fine aiguille, un fil de soie stérile, ceci afin de faciliter les manipulations ultérieures.

Le prélèvement terminé, on procède à un pansement provisoire de la plaie thoracique au moyen de compresses maintenues par un leucoplaste, le tout recouvert d'un champ stérile. On se réserve ainsi la faculté de prélever un deuxième greffon au cas où le greffage prélevé se révélerait insuffisant.

Il va sans dire que, dans ce cas, il faudrait changer de gants pour effectuer le deuxième prélèvement.

VI. *Anesthésie et décollement du périchondre. Mise en place du greffon dans le nez*

L'aide retire des fosses nasales les mèches imbibées de cocaïne à 1/20^e, placées au début de l'intervention.

L'opérateur procède ensuite au deuxième temps de l'anesthésie du septum et au décollement du périchondre, en *choisissant avec soin le côté où la muqueuse paraît la plus saine et la plus résistante.*

— *Instrumentation :*

Un plateau stérile contient :

- 1 seringue d'Aubin complète,
- 1 jeu de spéculums de Palmer,
- 1 capsule de porcelaine, stérilisée, contenant une solution de novocaïne à 1/200°, adrénalinée, à raison d'une goutte de chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000 par cc.

— *Technique de l'injection.*

Elle se pratique comme dans une résection sous-muqueuse de la cloison, mais ici, le décollement se fait d'un seul côté du septum.

La seringue d'Aubin munie d'une aiguille fine à biseau très court est remplie de novocaïne.

L'opérateur enfonce l'aiguille normalement au plan du septum, jusqu'au contact du cartilage, le plus en avant possible de la perforation. On s'apercevra que l'on est bien sous le périchondre en déplaçant légèrement la pointe de l'aiguille qui doit produire un grattement net et bien caractéristique. L'opérateur injecte alors quelques gouttes de liquide afin de bien amorcer le décollement du périchondre. La muqueuse restée saine pâlit et s'œdématie. On incline alors l'aiguille tangentiellement au plan du cartilage et on l'enfonce progressivement en continuant lentement l'injection, en ayant bien soin de diriger le décollement de la périphérie vers la perforation. On pratique, ensuite à la partie postérieure de la zone infectée une deuxième injection, puis une

troisième afin que le décollement soit bien complet, remontant le plus haut et le plus loin possible en arrière.

Les injections successives se feront *concentriquement*, se rapprochant de la périphérie vers le centre, constitué par la perforation.

Nous insistons tout particulièrement sur cette technique de l'anesthésie, car pour la réussite de la greffe, il est indispensable d'obtenir un excellent décollement du périchondre.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Premier temps. — Dissociation au bistouri, au niveau des bords de la perforation, du plan cartilagineux et du périchondre. C'est le temps le plus délicat de l'intervention, l'état friable de la muqueuse et des tissus à ce niveau étant un obstacle à une prise solide. On aura soin de tenir le bistouri bien tangentiellement au plan du septum.

Deuxième temps. — Dès que l'on aura trouvé le plan de clivage, reconnaissable ainsi que nous l'avons déjà vu à la sensation tactile particulière perçue sous l'instrument, on prendra une petite rugine courbe, tranchante et doucement, sans secousse, on décollera périchondre et muqueuse aussi complètement que possible, en prenant bien garde de ne produire ni

éraillure, ni déchirure. Puis, à l'aide de la rugine mousse, on décolle en bas jusqu'au ras du plancher si possible, en haut le plus loin possible.

Troisième temps. — Mise en place du greffon.

On retaille celui-ci, si nécessaire, pour l'ajuster aux dimensions de la perforation, de telle façon qu'il la déborde largement, allant le plus loin possible en haut, en bas prenant point d'appui autant que faire se peut sur le plancher. En outre, nous retoucherons son bord supérieur de telle sorte qu'il prenne grosso modo la forme primitive de l'arête nasale que nous cherchons à rétablir.

Le greffon est alors saisi dans une pince à griffes par celle de ses extrémités qui a été traversée par le fil de soie. Son extrémité opposée est engagée en haut et en arrière, entre les lèvres du décollement de telle façon que sa face recouverte par le périchondre costal soit tournée vers le cartilage du septum. Son introduction est grandement facilitée par la forme en navette donnée à cette extrémité.

Le greffon étant en grande partie engagé, tout en le maintenant avec la pince, l'opérateur retire le fil de soie. Il finit ensuite de le faire pénétrer dans le décollement postérieur, puis l'attire en avant pour engager son extrémité antérieure dans le décollement antérieur. Il lui fait prendre alors sa position définitive de telle sorte que son extrémité antérieure

butant en avant et en bas, son arête supérieure forme une nouvelle arête nasale qui rétablisse l'aspect extérieur du nez. On s'aidera pour arriver à ce résultat du « modelage » externe à travers les téguments.

Ainsi, le greffon se trouve appliqué par sa face interne recouverte de périchondre costal sur le cartilage de la cloison. Sur la partie de sa face externe débordant la perforation vient s'appliquer intimement le périchondre de la cloison. Dans les jours qui suivent, il adhérera fortement. En outre, comme le périchondre costal du greffon déborde légèrement, la soudure entre les deux périchondres en sera facilitée et le périchondre costal aura d'autant plus de chances de ne pas se sphaceler. De plus, dans les jours qui suivent l'intervention, il pourra se créer des adhérences entre le greffon et le cartilage de la cloison.

La formation de ces adhérences sera facilitée par ce fait que le greffon repose par son extrémité antéro-inférieure sur le plancher des fosses nasales, ce qui diminue ses chances de mobilisation.

Quatrième temps. — Contention.

Le greffon est maintenu en bonne position au moyen de mèches de gaze stérilisée, imbibées d'huile goménolée, tassées d'abord dans la fosse nasale droite, en prenant garde :

- 1) de ne pas mobiliser le greffon,
- 2) de ne pas relever la muqueuse.

Puis, même opération dans la fosse nasale gauche.

VII. *Fermeture de la plaie thoracique.*

Les dimensions du greffon ayant été jugées suffisantes après sa mise en place, il reste à refermer la plaie thoracique. Auparavant, l'opérateur et son aide changent de gants.

L'aide enlève le pansement provisoire placé jusque là sous un champ stérile, puis il procède à un nettoyage soigné à l'éther, puis à l'olcool du pourtour de la plaie, nettoyage suivi d'un badigeonnage à la teinture d'iode dédoublée.

Suture au catgur de la gaine du grand droit.

Fermeture de la peau par 3 ou 4 cm. superficiels.

Pansement définitif constitué de compresse maintenues en place par un leucoplaste perforé de 10 cm. $\times$ 10 cm. de côté.

VIII. *Suites opératoires.*

Le lendemain, ablation de la mèche du côté opposé à la greffe.

Le surlendemain, ablation de la mèche du côté de la greffe, avec toutes les précautions nécessaires pour ne pas déplacer le greffon en cas d'adhérence à la mèche.

Pendant une huitaine de jours, matin et soir, lavages au sérum salé isotonique.

Au bout de 8 à 10 jours, ablation des crins de la plaie thoracique.

Cicatrisation rapide.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — M. G..., 36 ans, vient consulter en février 1937, à l'Hôpital Rothschild parce qu'il s'est aperçu depuis une quinzaine de jours d'une déformation progressive de l'arête dorsale de son nez. A l'examen, on note une ensellure siégeant au niveau de l'union du 1,3 supérieur et moyen, assez accentuée, se traduisant par un relèvement apparent du lobule et donnant au nez l'aspect dit classiquement « en lorgnette ». La palpation montre que cette ensellure siège exactement au bord antérieur des os propres qui ne paraissent pas y participer. On note, en outre au niveau des orifices nasinaux, un aspect desséché de l'épithélium qui a tendance à desquamer.

A la rhinoscopie, on aperçoit outre une pâleur des muqueuses, des cornets et de la cloison, une perforation irrégulièrement arrondie de 1 cm. de diamètre environ, à bords amincis et légèrement violacés, siégeant à la partie supérieure et moyenne du septum, à 2 cm. 1,2 environ de l'orifice nasinaire. Quelques croûtes au niveau des cornets inférieur et moyen droit.

L'interrogatoire confirme que cette déformation est apparue progressivement, sans traumatisme, mais surtout fait avouer au malade qu'il prise régulièrement de la cocaïne depuis deux ans.

En outre, un examen général montre un certain éréthisme cardiaque, une tendance à l'émotivité, un facteur psychique assez important, encore plus accentué du fait de sa déformation inesthétique; un B.W. se révélera en outre négatif.

On conseille à ce malade :

l'arrêt de la cocaïne,

des bains de nez au sérum salé isotonique, deux fois par jour, suivis d'introduction dans chaque narine de vaseline stérilisée.

Ce malade est revu 8 jours après. Plus de croûtes, mais même perforation et aspect des muqueuses inchangé.

On décide de pratiquer une greffe.

Prélèvement au bistouri d'un greffon aux dépens du 7^e cartilage costal droit. 4 cm. de long, 3 cm. de large, 4 à 5 mm. d'épaisseur. On conserve avec soin le périchondre.

On pratique une incision antérieure verticale au niveau de la sous-cloison, descendant jusqu'au pied de cloison. Décollement à la rugine, sous-périchondral, remontant le plus haut possible. Puis introduction du greffon, la partie inférieure prenant point d'appui sur le pied de cloison.

Pansement par mèches goménolées bilatérales. Le lendemain ablation de la mèche à droite.

Le surlendemain, ablation de la mèche de gauche.

Aspect normal de l'arête nasale.

Lavages bi-quotidiens au sérum salé pendant 8 jours suivis d'introduction de vaseline stérilisée après chaque lavage.

Malade revu 8 jours après, bon aspect, le greffon paraît bien supporté.

Revu deux mois après : une petite perforation persistait à la partie antéro-inférieure, mais l'arête nasale était restée rectiligne. Ce malade a alors été perdu de vue.

Obs. 2. — Mlle S..., artiste de cinéma, 28 ans, est amenée à la consultation du Dr. Marcel Ballerín, par son manager. Le motif en était qu'il s'était aperçu dans les dernières images d'un film en cours que le profil de cette artiste n'était pas semblable à celui des précédentes images. En effet, l'extrémité du lobule nasal avait tendance à s'abaisser.

En l'examinant, on s'aperçoit que l'arête dorsale du nez n'est plus rectiligne.

A l'examen endo-nasal, on note : une perforation siégeant à la partie antérieure et inférieure de la cloison, perforation à bords lisses, de forme ovale à grand axe horizontal, d'environ 1 cm 1/2 de longueur.

Les bords sont rouges, d'aspect vernissé, contrastant avec le reste de la muqueuse qui est pâle et anémiée. Au niveau des bords de la perforation, on remarque quelques croûtes peu adhérentes. Au niveau des cornets : muqueuse anémiée sans plus. La partie antérieure de la sous-cloison paraît très amincie.

Interrogée, la malade reconnaît priser régulièrement de la cocaïne (4 à 5 gr. par jour).

Examen général : rien à signaler. B.W. négatif. On conseille des bains de nez au sérum tiède, suivis d'aspiration par chaque narine de vaseline pure, deux fois par jour, et naturellement l'arrêt de la cocaïne.

Revue 6 jours après, on constate extérieurement une ensellure légère, à la jonction du cartilage et des os propres, et une accentuation de l'affaissement du lobule nasal. On continue le même traitement : sérum et vaseline stérilisée.

Au bout de 15 jours, la muqueuse a perdu son aspect anémié, les croûtelles ont disparu.

Devant cette allure beaucoup plus saine de la muqueuse, on décide de pratiquer une greffe.

On prélève au bistouri un greffon aux dépens du 7^e cartilage costal droit, de 4 cm. de long sur 2 cm. de large et 5 mm. d'épaisseur, en ayant soin de conserver le plus de périchondre possible. Ce greffon est introduit profondément à la partie postérieure et supérieure de la perforation, du côté droit, entre le cartilage et

l'os d'une part, le périchondre et le périoste d'autre part, que l'on a décollé auparavant. La partie toute antérieure vient s'appuyer dans une incision pratiquée dans le bord antéro-inférieur de la perforation, de telle sorte que l'arête inférieure du greffon forme une nouvelle sous-cloison qui maintiendra le lobule en position normale.

Pansement par mèches goménolées bilatérales, par tassement, de façon à bien maintenir le greffon en place.

Ablation des mèches. La gauche le lendemain, la droite le surlendemain.

On commence les bains de nez bi-quotidiens au sérum salé isotonique. La malade est revue tous les deux jours, greffon bien toléré, la muqueuse commence à bourgeonner sur le greffon. Au bout de quinze jours, la muqueuse est encore saignottante, mais le greffon est toujours bien toléré.

Aspect extérieur redevenu normal et permettant la continuation du film.

Cette malade a alors été perdue de vue, partie à l'étranger. Elle revient consulter un an après, car l'affaissement s'était reproduit depuis quinze jours. A l'examen, on note que le greffon est en partie résorbé, la perforation s'est reproduite, mais il faut ajouter que la malade avait repris l'habitude de la cocaïne depuis trois mois.

CONCLUSION

I. — Il existe des perforations et des effondrements de la cloison nasale chez les priseurs de cocaïne.

II. — Il semble que ces lésions soient localisées uniquement au cartilage bien que l'atteinte des os propres ne sorte pas des possibilités. Cette atteinte paraît due à une action locale aussi bien chimique du médicament que mécanique des cristaux.

III. — La traduction de cette atteinte est parfois un affaissement de l'arête dorsale (nez en lorgnette) ou disparition de la sous-cloison (chute du lobule).

IV. — Le traitement consiste essentiellement en suppression d'emblée de la cocaïne. Dans les cas d'effondrement, on pourra pratiquer la réfection de l'arête nasale par l'introduction sous-périchondrale d'un greffon de cartilage costal.

V. — Les résultats esthétiques sont excellents, toutefois, il semble impossible d'en garantir la durée si la toxicomanie récidive sous la même forme que précédemment.

Vu, le Doyen,
TUFFENEAU.

Vu, le Président de Thèse,
DUVAL.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris.
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAYET. — « Replique à Kasperianz » (ci-après). *Soc. Oto-Laryng. de Moscou*. Séance du 20 février 1908 in C.R. t. 2, 1911, p. 108.
- BONVICINI (G.). — « Du lokalen Erscheinungen bei den Kohainschupfern », *Sahrb. f. Psych.* 44 = 1 ff. = 1925.
- BONVICINI. — « Die lokalen Erscheinungen bei den kokainschnupfern » *Sahrb. f. Psych. u. Neurology*, t. 44, n° 1, 1924.
- CARDINALI (G.). — « Ricerca tossicologico forense della cocaina sulla mucosa nasale » (Nota preventiva), *Arch. di antropol. Crim.* 52 : 457-459, july-Aug., 1932.
- CHEVALLIER. — *Essai sur le cocaïnisme nasal et la perforation de la cloison*, thèse, Paris, 1912.
- COURTOIS, SUFFIT, GIROUX. — *La cocaïne* (Masson, édit., Paris, 1912.
- CROOKSHANK (F.-G.). — Perforation of the nasal septum in cocaïne takers », *Brit. M.J.* 1921 = 11, 917-1055.
- FARRÈRE (Claude). — *Les civilisés*, 1 vol. Fayard, 1905.
- HAJEK. — « Das perforierte Gischwur des Nasenscheidewand » *Virchows Arch.* t. 120 = 1889.
- HAUTANT. — « Cocaïnomanie nasale et ses accidents locaux », *Tribune Med.*, 1908, VIII-22.
- KASPARIANZ. — « Un cas de perforation de la cloison », *Soc. Oto-Lar.* Moscou, 20 février 1908, in C.R. t. 22, 1911, p. 105.

- KOKCHI. — « Ueber Experimentelle studan uber due Veranderungen des Nasengewebes durch cocainum hydrochloric ». *Bull. Acad. de Med. de Kioto*, t. 6, 1932.
- LAIGNEL LAVASTENE, GLÉNARD. — « Perforation du cartilage quadrangulaire de la cloison par cocaïnomanie nasale », *Trib. Méd.*, 1908.
- LEMAIRE (H.C.M.). — *Du cocaïnisme aigu et chronique par la muqueuse nasale* (8° Bordeaux, 1904).
- LEQUYER. — « Un cas de cocaïnisme chronique p r la muqueuse nasale », *Gáz. Méd. de Nantes*, 1905, 2 s. XXIII, 206, 211).
- LICHTENSTEIN. — « Septum perforation en narcotics addichs » *Med. J.N. York*, 1916.
- LOEBELL. — « Septum perforationen bei cocainabus », *Ztschr. f. H. N. o. t.* 25 — 1930, p. 306.
- LUBET-BARBONS. — « Perforation de la cloison nasale par cocaïnomanie », *Soc. Laryng. Paris*, mai 1908, V. 18, II et Cbltt. f. Laryng. 25 — 138.
- MAIER (H.W.). — *La cocaïne* (p. 123, p. 171-172-320, p. 411, I vol. Payot, édit., 1928).
- NATANSON (Léon). — « Au sujet des lésions nasales chez les priseurs de cocaïne », *Rev. de Laryng. otal. Rhinol.* N°, février 1936.
- NATANSON, LIPSKEROFF. — « La perforation de la cloison nasale chez les priseurs de cocaïne » *Bruxelles Médical*, 1937, p. 513. *J. de Med. (Russe)*, t. I, 1925, N° 6-7, p. 463
- NATANSON, LIPSKEROV. — « Ieber Perforationen d. knorpelig Masenscherdewand bei cocainschauffern », *Ztschr. H.N.O.* t. 7, 1920, p. 409.
- PIGACHE. — *Contributions à l'étude du traitement de l'ozène par les greffes s us périchondrales.*
- PROVOST. — « Un cas de cocaïnisme nasal », *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. mentale*, séance du 18 novembre, p. 277, 1912.

- QUINTARELLI (L.). — « Due casi di ulcera necritica della volta palasma. Consequenti ad iniezioni di cocaina. adrenalina », *Ann. di. Med. nav.* I, 67-75, janv.-févr. 1927
- RAMADIER. — « Les greffes cartilagineuses hétéro-plastiques en O.R.L. », *Arch. Int. de Laryng.* nov. 1926.
- STEIN (A.). — « Uber Paraffinin Jektion (nez en selle dans la perforation de la cloison nasale par cocaïnomanie) », 1904 (en russe).
- TURTAR (G.). — « Su di una lesione del setto nasale etc... si incontra frequentemente in alcuni cocamomanie », *Policlin.* Roma, 1918, sez. prat. 417.
-

